

ÉTUDE
SUR LA
LITHIASÉ RÉNALE
PENDANT LA GUERRE

(Travail du Centre d'Urologie de la XV^e Région)

||o||

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Juin 1919

PAR

Albert TABET

Né à Alger, le 14 avril 1889.

INTERNE DES HÔPITAUX (Concours 1911)

EXTERNE DES HÔPITAUX (Concours 1909)

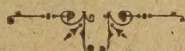
LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur. *Président.*
DERRIEN, professeur.
RIMBAUD, agrégé.
JEANBRAU, agr.-libre.

{ *Assesseurs*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

ÉTUDE
sur la
LITHIASÉ RÉNALE
PENDANT LA GUERRE

(Travail du Centre d'Urologie de la XV^e Région)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ÉTUDE
SUR LA
LITHIASÉ RÉNALE
PENDANT LA GUERRE

(Travail du Centre d'Urologie de la XV^e Région)

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Juin 1919

PAR

Albert TABET

Né à Alger, le 14 avril 1889.

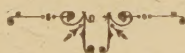
INTERNE DES HÔPITAUX (Concours 1911)

EXTERNE DES HÔPITAUX (Concours 1909)

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		DERRIEN, professeur.		
		RIMBAUD, agrégé.		
		JEANBRAU, agr.-libre.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *).
Clinique médicale.....	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VHES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (☼).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. Dr ROUVILLE, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. Dr ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O * ☼) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBRYAN * ☼, a. l. (c c)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (☼) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVHILLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ☼).	J. DELMAS (☼).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse

MM. FORGUE, professeur, président.	MM. RIMBAUD, agrégé.
DERRIEN, professeur.	JEANBRAU, agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A. TABET.

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESCAT

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR IMBERT

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAGET

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

A. TABET

ÉTUDE SUR LA LITHIASÉ RÉNALE PENDANT LA GUERRE

(Travail du Centre d'Urologie de la XV^e Région)

INTRODUCTION

La guerre, par sa durée et la quantité d'hommes qu'elle a mobilisés, a fourni l'occasion d'observer et de traiter toutes les variétés cliniques de lithiasé urinaire et, principalement, de lithiasé rénale. Depuis le début de la guerre, aucune étude d'ensemble sur la lithiasé urinaire aux armées n'a été publiée. Ce n'est que, tout dernièrement (octobre 1918), au Congrès d'urologie, que l'Association d'urologie aborda la question, en mettant à l'ordre du jour « les Calculéux Urinaires aux Armées ».

A l'heure actuelle, l'Association d'urologie n'a pas encore fait paraître les comptes rendus relatifs à cette question. Nous ne disposons donc, pour le moment, d'autres documents que ceux publiés par la *Presse médicale* (1).

(1) *Presse Médicale* du 11 nov. Congrès d'urologie.

Nous sommes obligé de reconnaître, d'ailleurs, que la question n'a pas été plus éclairée par toutes ces discussions. Il est difficile, en effet, de se faire une idée d'ensemble et de tirer des conclusions générales de toutes les communications qui ont été faites à ce sujet au Congrès d'urologie. Bien des questions intéressantes et utiles y ont été envisagées et nous en parlerons au cours de notre étude.

Mais, si nous passons en revue toutes les opinions émises, nous nous apercevons que la question a été sensiblement déviée : il ne s'agissait pas, en effet, de s'étendre sur les lithiases dues à des blessures de l'appareil urinaire, qui sont des lithiases secondaires résultant de conditions locales ; à notre avis, la question des *Calculeux aux armées* devait surtout s'adresser à la lithiase primitive et ses rapports avec la guerre. En effet, il n'y a aucune raison pour que les lithiases dues à des blessures de l'appareil urinaire se soient modifiées, dans leur étiologie et leur évolution, du fait de la guerre ; nous savons que, lorsqu'un corps étranger (balle, éclat d'obus, esquille, etc.) a été l'occasion d'une inflammation et d'une suppuration des voies urinaires, il influe sur l'alcalinisation de l'urine, d'où précipitation des sels de l'urine et formation d'un calcul, qui est d'autant plus rapide que le corps étranger agit comme un centre et comme un noyau de cristallisation ; c'est le cas de toutes lithiases survenues à la suite de blessures de l'appareil urinaire.

Au contraire, il était permis de se demander si la calculose urinaire, celle qu'on voyait avant la guerre et qu'on mettait sur le compte des maladies qui modifient et troublent profondément la nutrition, avait été influencée, dans son étiologie, sa symptomatologie et son évolution, par ce nouvel état de chose créé par la guerre. En effet, brusquement, la vie physique de nos soldats venait d'être transfor-

mée, on pourrait dire complètement troublée. Brutalement, sans aucune transition, ces hommes passaient de la vie civile à la vie de campagne. Nous ne jugerons donc pas utile de parler ici des lithiases dues à des blessures de l'appareil urinaire; nous ne comprendrons, dans notre étude, que la lithiase rénale influencée par les nouvelles conditions d'existence créées par la campagne.

Pendant notre séjour à l'intérieur, il nous a été possible d'approcher le Centre d'urologie de la XV^e région, où le champ d'étude était suffisamment étendu pour nous permettre de nous faire une opinion sur la question des calculs rénaux aux armées. Nous remercions notre maître, M. le professeur Escat, médecin-chef du Centre d'urologie de la XV^e région, d'avoir bien voulu faciliter nos recherches et nous éclairer de ses idées dans l'exposé et les conclusions de notre thèse.

Sur 2.980 urinaires, hospitalisés au Centre d'urologie de la XV^e région, en date de décembre 1918, nous relevons 70 cas de lithiases *avérées* ayant fait campagne (dont 40 cas de lithiases rénales et urétérales, le reste de lithiases vésicales). Nous disons 70 cas de lithiases avérées car, à côté de ce nombre, nous relevons 60 cas de coliques néphrétiques et un nombre presque égal de néphralgies dont nous parlerons plus loin, non pas tant au point de vue lithiasique, très douteux, qu'au point de vue de la conduite à tenir en présence de cas pareils. Nous étudierons, dans notre thèse, la lithiase rénale pendant la guerre et nous diviserons notre sujet de la façon suivante:

- 1° Etiologie et pathogénie;
- 2° Formes cliniques de la lithiase observée pendant la guerre;
- 3° Traitements employés;
- 4° Discussion sur l'évaluation des incapacités;
- 5° Conclusions.

LA LITHIASSE RENALE
ET SES RAPPORTS ETIOLOGIQUES
AVEC LA GUERRE

Quel a été le rôle des circonstances de la guerre sur la genèse de la calculose urinaire ? Malgré toutes les opinions qui ont été émises, jusqu'ici, sur la lithiasse en général que nous observions en temps de paix, ses causes restent très obscures et la guerre, à notre avis, ne les a pas sensiblement éclairées. Au cours de la campagne, nous retrouvons certains facteurs auxquels, depuis longtemps, on a attribué les causes de la lithiasse urinaire. Ici, ces facteurs ont été si importants et si généralement répandus, qu'on a été tenté de leur attribuer une influence qui, à notre avis, ne correspond pas à la réalité. Ces facteurs sont de deux ordres :

- 1° Ceux d'ordre alimentaire ;
- 2° Ceux qui se rapportent au sédentarisme, dont la conséquence est l'insuffisance de l'élimination et de la dépense.

Au point de vue du régime alimentaire, on a surtout incriminé le *régime carné* et l'*usage de l'alcool* ; il est évident que, sur le front, nos soldats ont fait un abus de viande (soit fraîche, soit congelée ou en conserve). D'autre part, bien des soldats, qui n'étaient pas habitués à user de l'alcool chez eux, se sont laissés entraîner à en abuser, soit

par oisiveté, soit quelquefois par nécessité, pour combattre le froid. Enfin, il a été aussi fait abus d'aliments riches en acide oxalique, tels que le chocolat, le cacao, etc. En même temps qu'il y avait exagération dans l'usage de tous ces aliments, facteurs de lithiase, il y avait insuffisance de régime végétarien. Tout en tenant compte de ces facteurs d'ordre alimentaire, nous croyons cependant qu'il ne faut pas en exagérer l'importance et qu'en somme, étant donnés l'hygiène et le régime défectueux de nos soldats en campagne, il n'y a pas eu d'augmentation de cas de lithiase en rapport. En effet, en ajoutant les 3.000 malades vus à la consultation aux 2.980 malades hospitalisés, nous relevons à peine une soixantaine de cas de coliques néphrétiques, soit 1 p. 100 environ, et encore la plupart de ces coliques néphrétiques n'ont pas été constatées par nous.

Quant au sédentarisme, il a été favorisé, pendant une grande partie de cette guerre, par *la vie des tranchées*. Nombreux sont les soldats qui n'étaient pas habitués, dans la vie civile, à cette vie sédentaire, tels les cultivateurs, les ouvriers, tous ceux qui exerçaient une profession pénible; chez ces hommes-là, évidemment, la combinaison des deux facteurs: excès du régime carné et de l'alcool et insuffisance de l'élimination dans l'organisme, conséquence du sédentarisme, pouvait amener des troubles de la nutrition et provoquer de la lithiase urinaire.

Nous croyons cependant que, plus que la vie sédentaire des tranchées, le *séjour prolongé au lit* aura eu une influence sur la genèse de la calculose. Plus qu'à n'importe quelle époque, nous avons eu l'occasion d'observer de grands blessés qui avaient dû subir une immobilisation prolongée dans un lit. On ne peut pas nier l'influence de l'hygiène défavorable de ce séjour prolongé au lit sur des organismes habitués au mouvement et à l'activité. Chez

eux, il n'est pas étonnant que la lithiase ait pu se produire d'une façon rapide. Signalons cependant que ces faits sont exceptionnels et que le nombre de cas de lithiase de cette origine est plutôt minime comparé à celui considérable de tous nos grands blessés, qui ont remplis nos hôpitaux pendant cette guerre. Pour notre part, nous avons pu en relever deux cas très nets, dont nous donnerons plus loin les observations (obs. VIII et XIII).

A côté de tous ces facteurs, on a parlé de l'*influence de la résorption osseuse sur la lithiase urinaire chez les blessés et fistuleux osseux*. Louis Bazy (1) cite une observation d'un blessé osseux, chez lequel il constata une phosphaturie très abondante, et une boue phosphatique concrétée dans le bassin, qui nécessita une pyélotomie ; il expliquait la formation de ces concrétions par une influence de la résorption du tissu osseux du foyer de fracture. On peut supposer, en effet, à la faveur d'une prédisposition individuelle, complétée par un séjour prolongé au lit, que les résorptions osseuses qu'on observe dans certains foyers de fracture puissent influencer sur le développement des concrétions urinaires. Mais ce ne sont jamais que des faits très isolés, parmi le nombre considérable des blessés et fistuleux osseux de cette guerre ; et nous ne pensons pas qu'on doive généraliser cette hypothèse de Bazy.

Un autre facteur, qu'il nous paraît important de signaler, c'est le *traumatisme lombaire*, consécutif aux éboulements et enfouissements dans les abris, si fréquents au cours de cette guerre. Ces traumatismes déterminent souvent des lésions rénales, caractérisées par des hématuries

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1916, page 1730. Sur les traitements des plaies de la vessie par projectiles de guerre, par Louis Bazy. Rapport de Rochard.

et violentes douleurs lombaires, et peuvent être le point de départ de lithiases rénales, en général tardives. Et nous ne serions pas étonné d'observer, dans un avenir plus ou moins éloigné, des cas de lithiases rénales dont l'origine pourrait être attribuée à un de ces traumatismes lombaires, sur lesquels Le Fur et Pousson ont attiré l'attention au dernier Congrès d'urologie (octobre 1918).

En somme, au point de vue étiologique, ni le régime carné ou l'abus de l'alcool, ni le sédentarisme dans les tranchées ou dans les lits d'hôpitaux, ni les lésions osseuses prolongées, ne nous paraissent avoir eu une influence capitale sur la genèse de la lithiase urinaire pendant la guerre. Nous pensons que toutes ces causes ont été largement compensées par la vie au grand air et surtout par un organisme bien équilibré, dont étaient doués la plupart de nos soldats. Très souvent, en effet, nous avons vu, avant la guerre, des individus suivre, pendant des années, des régimes très sévères, favoriser, par une hygiène appropriée, l'élimination de leur acide urique, et qui, cependant, continuaient à fabriquer des calculs. Par contre, on voyait des individus chez qui l'équilibre des combustions et des échanges organiques était normal, se permettre une hygiène défectueuse, suivre un régime de gros mangeurs et mener, en même temps, une vie sédentaire, sans avoir présenté la moindre manifestation de lithiase urinaire. C'était, en somme, le cas de la plupart de nos soldats, dont l'organisme bien équilibré pouvait leur permettre d'affronter sans inconvénient, tous ces facteurs de lithiase urinaire.

Nous pensons donc que la guerre n'a pas modifié la genèse, ni sensiblement augmenté le nombre des cas de lithiase urinaire observés pendant cette guerre, contrairement à l'opinion émise par certains urologues au dernier

Congrès d'urologie (1). Que tous les facteurs, dont nous avons parlé plus haut, soient le point de départ de lithiases tardives, c'est très possible; mais, pour l'instant, la plupart des lithiases, dont nous avons relevé les observations, étaient certainement des lithiases dont le début remontait avant la mobilisation. Jusque là bien tolérées et méconnues, ces lithiases ont été révélées ou même aggravées par les fatigues ou les conditions générales du service en campagne. Nous sommes même persuadé qu'il y a bien des lithiases qui ne sont jamais parvenues jusqu'à nous et dont les porteurs ont continué leur service malgré leur affection.

(1) Pasteau. — Congrès d'urologie. Compte rendu *Presse Médicale* du 11 nov. 1918.

SYMPTOMATOLOGIE DES LITHIASES RENALES OBSERVEES PENDANT LA GUERRE

Nous n'avons pas ici l'intention de faire une étude symptomatologique de la lithiase rénale, en général; nous voulons nous demander seulement par quels symptômes ces lithiases, qui étaient presque toutes latentes, se sont révélées à nous pendant cette guerre. Ont-elles présenté une symptomatologie différente de celles que nous avions l'habitude de rencontrer avant la guerre? A ce sujet, il nous faut étudier deux ordres de symptômes :

1° *Les symptômes qui ont motivé l'évacuation du front*, c'est-à-dire ceux qui ont décidé un médecin à évacuer un homme du front;

2° *Les symptômes qui ont motivé le traitement*, c'est-à-dire ceux qui ont décidé les chirurgiens à opérer.

Parmi les premiers symptômes, ceux qui ont amené l'évacuation du front, nous dirons tout d'abord qu'à part quelques cas, il n'y a rien de caractéristique au point de vue lithiasique. Nous savions, avant la guerre, que bien des calculs rénaux demeurent latents pendant des années, souvent même pendant toute la vie du sujet. Nous savions aussi que ce sont, en général, les gros calculs qui sont ainsi latents, d'autant plus latents qu'ils sont plus gros, et ce

n'est bien souvent que la radiographie qui les découvre. Au contraire, les petits calculs se déplacent, peuvent obturer l'uretère et, sans déterminer fatalement des manifestations sérieuses comme l'anurie calculuse se révèlent par des symptômes tels que la douleur et l'hématurie. C'est absolument ce que nous avons remarqué chez nos lithiasiques; ce sont les petits calculs qui furent les moins bien tolérés, tels que certains petits calculs du bassinet, alors que les gros demeurèrent latents pendant très longtemps et se sont révélés à nous par des symptômes, sinon extra-rénaux, du moins n'ayant rien de caractéristique au point de vue lithiasique. En effet, les deux principaux symptômes révélateurs de la lithiase rénale sont, évidemment, la douleur et l'hématurie, et il semble tout d'abord que c'est surtout sur ces deux symptômes que les médecins du front se soient décidés à évacuer les hommes qui dans la suite, ont été reconnus atteints de lithiase rénale dans les différents centres d'urologie. Il n'en est rien : sur les 45 cas de lithiase rénale reconnus comme tels au Centre d'urologie de la XV^e région, nous avons relevé seulement 6 cas évacués avec la mention : « douleurs rénales » et deux cas avec la mention : « hématuries ». Dans ces huit cas, il s'agissait de petits calculs rénaux. Tous les autres cas se sont présentés, au Centre d'urologie, avec des diagnostics variés, soit d'albuminurie, soit de pyurie, soit de fatigue générale; mais, principalement, avec diagnostic de « cystite purulente et mictions répétées ». Comme on le voit, parmi les symptômes qui ont motivé l'évacuation de nos lithiasiques, ce sont surtout les symptômes vésicaux qui dominent. Comment expliquer ces manifestations vésicales? Dans certains cas, elles étaient dues à de véritables cystites consécutives à de vieilles suppurations rénales. Mais nous croyons qu'il s'agissait, le plus souvent, de manifestations

urétéro-vésicales, dont le point de départ serait l'orifice vésical de l'uretère, qui, dans tous les cas de pyélonéphrite, se présente à la lumière du cystoscope comme tuméfié et rouge. Quoi qu'il en soit, ce que nous tenons surtout à faire remarquer, c'est l'absence presque complète ou du moins le petit nombre de symptômes rénaux révélateurs d'un calcul chez la plupart de ces lithiasiques. C'est ainsi que des malades ont pu faire deux et trois ans de front avec un rein, quelquefois même les deux reins bourrés de calculs, sans présenter aucune douleur rénale ni hématurie; c'est, bien souvent, sur l'apparition d'un symptôme extra-rénal (altération de l'état général, mictions fréquentes, cystites), ou d'un symptôme urinaire, qui n'a rien de spécifique de la lithiase, tel que albuminurie, pyurie, que ces malades ont dû leur évacuation du front, pour être dirigés ensuite sur les Centres d'urologie, où, par les moyens cliniques dont on dispose, on est arrivé à préciser le diagnostic de lithiase rénale.

C'est ici qu'interviennent les symptômes qui ont motivé le traitement, c'est-à-dire ceux qui ont décidé le chirurgien à opérer. Ces symptômes n'ont rien de différent de ceux observés chez les lithiasiques rénaux d'avant-guerre; et ce n'est pas leur étude que nous voulons envisager ici. Ce que nous voulons surtout faire remarquer, c'est que leur véritable interprétation ne s'est faite que dans les Centres d'urologie où, par les moyens d'explorations cliniques dont on dispose, on n'a pu se permettre de prendre de graves déterminations comme la néphrectomie ou la réforme. Tous ces moyens cliniques, nous n'avons pas besoin de les décrire ici; ils sont universellement connus: radiographie, cystoscopie et cathétérisme des uretères pour la séparation des urines, azotémie, constante d'Ambard, Wassermann, inoculation au cobaye. Nous insistons sur la nécessité militaire

de rendre obligatoire toutes ces explorations d'usage, que nous considérons comme anodines pour le malade et indispensables pour la précision du diagnostic et du traitement. Nous conseillons même de pratiquer ces examens le plus souvent qu'on le peut, de façon à entourer de toutes les garanties possibles et le malade, et le médecin, et l'Etat, en vue de réclamations ultérieures.

FORMES CLINIQUES DE LA LITHIASIE RENALE OBSERVEES PENDANT LA GUERRE

Toutes les catégories de lithiasie rénale jusqu'ici décrites ont été observées au Centre d'urologie de la XV^e région, depuis la simple néphralgie jusqu'aux rétentions rénales aiguës, en passant par tous les degrés de l'échelle de gravité. Nous les diviserons, comme il est d'usage, en deux grandes classes, suivant qu'elles ont évolué aseptiquement ou qu'au contraire, l'infection s'étant surajoutée, elles ont présenté une évolution septique. Cette classification ne repose pas seulement sur une symptomatologie différente, mais sur les incapacités créées par l'importance du pronostic ou des interventions chirurgicales, incapacités qui sont presque complètement différentes d'une catégorie à l'autre. En effet, tandis que nous pouvons dire que la plupart des lithiasiques aseptiques a été récupérée, au contraire la plus grande partie des lithiasiques septiques a été réformée. Parmi les lithiasies aseptiques, nous avons relevé les catégories suivantes :

- 1° Néphralgie goutteuse (60 cas) ;
- 2° Coliques néphrétiques avec migration de calculs (10 cas) ;
- 3° Calculs du bassinet (8 cas) ;
- 4° Calculs de l'uretère (1 cas) ;
- 5° Anurie calculeuse (2 cas).

Parmi les lithiases septiques, nous avons pu réunir les observations suivantes :

1° Pyélonéphrites, soit simples (14 cas), soit bilatérales (6 cas) ;

2° Rétentions rénales aiguës ou Pyonéphroses (3 cas).

LITHIASES ASEPTIQUES

Néphralgie goutteuse

Ce n'est pas, à proprement parler, de la lithiase urinaire ; mais nous croyons utile et même nécessaire d'en dire quelques mots ici à cause de la fréquence des cas observés pendant cette guerre. Nous avons relevé, en effet, une soixantaine de cas de malades, soit hospitalisés, soit consultants, qui avaient été envoyés au Centre d'urologie avec le diagnostic de « coliques néphrétiques » ou « lithiase rénale » et qui, après examen complet, ont été reconnus atteints de simples lumbagos ou névralgies sacro-iliaques. Il s'agissait souvent de pseudo-néphralgie, relevant du rhumatisme vertébral, ou de neurodocites lombo-sacrés (Sicard). Chez tous ces malades, les signes urinaires faisaient défaut et la radiographie était négative.

A ce sujet, nous signalerons que, bien souvent, le diagnostic de lithiase urinaire avait été porté trop facilement sur le billet d'évacuation. Or, dans la plupart des cas, ce même diagnostic n'a pu être maintenu après examen au Centre d'urologie. Certains malades, en effet, évacués avec un diagnostic précis, comme par exemple celui d'hydronéphrose calculuse (nous en avons vu deux cas), ont été reconnus, après examen complet, atteints de simple néphralgie. D'autres malades, au contraire, évacués au Centre pour « albuminurie légère », étaient atteints, en réalité, de pyélonéphrite ou même de pyonéphrose. Ces faits ont une importance capitale, surtout si nous devons nous en tenir

strictement à la circulaire ministérielle qui prescrit de ne donner, aux malades à leur sortie de l'hôpital, que le billet portant la mention du diagnostic d'évacuation du front. Nous croyons, au contraire, qu'il y a lieu, aussi bien dans l'intérêt du soldat que dans celui de l'Etat et pour éviter toutes contestations, de remettre au malade, sortant de l'hôpital, pour une maladie aggravée ou causée par le service, un billet portant à la fois la mention du diagnostic d'évacuation et celui du médecin du Centre qui a pris la responsabilité du diagnostic exact et définitif. Ainsi serait modifié le diagnostic d'évacuation, soit dans le sens de l'aggravation, soit dans le sens de l'atténuation. Nous croyons, d'ailleurs, que c'est ce qui a été fait tout naturellement dans les hôpitaux.

Quelle était la décision à prendre à l'égard de tous ces malades classés dans la catégorie des néphralgies? Elle était toute trouvée: ils ont tous été renvoyés sur leurs dépôts régimentaires, après un traitement révulsif de quelques jours.

Quelquefois on pouvait avoir affaire à des individus qui se plaignaient de douleurs violentes et persistantes. En présence de ce seul symptôme, la douleur intolérable, toutes les autres explorations cliniques étant restées négatives, il est arrivé qu'on proposa une intervention, telle que la néphrotomie. Il est à peine besoin d'ajouter que cette seule proposition fit évauonir bien des douleurs rebelles.

Coliques néphrétiques (avec migration de calculs)

(Obs. I et II)

Dans cette catégorie, nous ne voulons pas parler des nombreux malades hospitalisés ou consultants pour « coli-

ques néphrétiques ». Nous en avons relevé, en effet, une soixantaine de cas, dont nous ne discutons pas l'authenticité du diagnostic; mais, la plupart du temps, il s'agissait de malades guéris au moment de l'examen et chez lesquels la radiographie était restée négative. Tous ces malades, comme il convenait, ont été renvoyés sur leurs dépôts, quitte à être évacués de nouveau sur le Centre d'urologie, au cas d'une nouvelle crise qui, cette fois, aurait pu être constatée.

Nous ne voulons mentionner ici que les cas de coliques néphrétiques reconnues comme telles après observation dans le service et chez lesquels, outre les symptômes typiques de la colique néphrétique, il est arrivé d'observer une migration de calculs avec hématuries, trace d'albuminurie, etc. Dans d'autres cas, si la colique n'avait pu être constatée, du moins la radiographie était positive. C'est ainsi que nous avons pu réunir dix cas de coliques néphrétiques constatées dans le service, se rapportant à des hommes qui avaient fait quinze et vingt mois de front.

Presque tous les malades de cette catégorie ont été déclarés inaptes au front ou proposés pour un service sédentaire, quelques-uns versés dans le service auxiliaire et deux réformés temporairement; il s'agissait de deux cas de coliques néphrétiques à crises répétées, incapables d'être récupérés.

Calculs du bassinnet (obs. III et IV)

Dans cette catégorie, nous plaçons les petits calculs mobiles dans le bassinnet, non enclavés dans un calice, et pour lesquels l'opération de choix est la pyélotomie. Leur symptomatologie n'est pas différente de celle observée dans les calculs du bassinnet en temps de paix. Tous ces calculs

étaient assez mal supportés, ce qui ne nous étonne pas, étant donné qu'ils se trouvaient libres dans le bassin et que « les mouvements du corps pouvaient les agiter comme la boule d'un grelot » (Legueu). Nous signalerons cependant quelques particularités que nous avons observées. Nous avons vu, au Centre, deux officiers porteurs de calculs du bassin, vérifiés à la radiographie. Ces calculs avaient été bien tolérés depuis le début de la guerre, à tel point que leurs porteurs ont continué leur service sans se faire opérer.

Signalons aussi la rareté de l'hématurie, malgré la mobilité de ces calculs : sur les huit cas que nous avons relevés, deux seulement avaient été envoyés pour hématuries, les autres n'en avaient jamais eu. Quelle était la conduite à tenir vis-à-vis des malades de cette catégorie ? Étant données la petitesse et la mobilité du calcul, l'absence de pyélite concomitante (c'était pour la plupart des lithiases aseptiques ou très peu infectées), nous pensons que ces malades sont justiciables d'une pyélotomie, opération qui n'est pas mutilatrice et qui permet de récupérer intégralement les malades après une petite convalescence. C'est ce principe qui a été suivi au Centre d'urologie de la XV^e région.

Calculs de l'uretère (obs. V)

Nous en avons observé un cas ; il s'agissait d'un malade qui avait fait dix mois de front. Avait-il gardé son calcul dans l'uretère inférieur, tout en étant sur le front ? L'évolution de ces calculs de l'uretère s'est-elle montrée aussi insidieuse que celle des autres calculs ? Nous ne saurions trop l'affirmer, n'en ayant observé qu'un seul cas. Le malade avait eu plusieurs fois auparavant des coliques né-

phrétiques et sa dernière crise, survenue après une promenade à cheval, remontait à vingt jours avant son entrée au Centre d'urologie. Malgré qu'il n'ait jamais uriné de sang ni de calcul, on peut toujours penser que la migration du calcul du bassin vers l'uretère inférieur ne s'est faite qu'au moment de sa dernière crise de colique néphrétique. Quoi qu'il en soit, et malgré l'avis de Cathelin (Congrès d'urologie), qui a vu plusieurs cas de calculs de l'uretère pelvien pour lesquels il ne propose pas l'urétérotomie iliaque sous-péritonéale, nous pensons que ces malades sont justiciables de cette intervention qui permet de les récupérer, sinon intégralement dans tous les cas, du moins de les conserver dans le service auxiliaire.

Anurie calculeuse (obs. VI et VII)

Nous relevons deux cas d'anurie calculeuse. L'un est un cas d'anurie calculeuse double, qui nous paraît avoir été influencée, sinon créée par le séjour prolongé au lit; elle est survenue, en effet, chez un blessé hospitalisé depuis dix-sept mois pour blessures osseuses multiples. Il s'agissait d'un homme qui n'avait jamais accusé de signes de calculose et dont l'anurie calculeuse a été le premier accident de lithiase qu'il présenta. L'autre cas était un officier, qui avait fait trente mois de front et qui, au cours d'une hospitalisation pour congestion pulmonaire, fut pris de coliques néphrétiques qui se terminèrent par une anurie calculeuse. Le premier de ces deux malades fut néphrotomisé du rein gauche dont on enleva le calcul; quant au rein droit, il élimina quelques jours après un calcul de la grosseur d'un pois, après une crise de coliques néphrétiques. Cet homme guérit très bien au point de vue urinaire et, s'il

fut réformé, c'est pour ses blessures multiples. Quant à l'officier, après néphrotomie, la diurèse a reparu; il a pu reprendre son service.

LITHIASES SEPTIQUES

A côté des lithiases aseptiques, de nombreuses lithiases rénales septiques ont été observées au Centre d'urologie; elles se sont présentées sous toutes les formes cliniques connues jusqu'ici:

Pyélonéphrites unilatérales (14 cas) (obs. VIII, IX, X, XI, XII).

Pyélonéphrites doubles (6 cas) (obs. XIII).

Pyélonéphroses avec rétentions rénales aiguës (3 cas) (obs. XIV, XV, XVI).

Parmi ces pyélonéphrites, nous avons eu l'occasion de voir un rein en fer à cheval (obs. VIII).

Il s'agit là d'un nombre et d'une variété de pyélonéphrites suffisamment important pour permettre d'avoir une opinion sur les pyélonéphrites calculeuses de la guerre. Toutes celles qui ont été observées au Centre doivent être classées parmi les cas graves: l'examen des pièces enlevées le démontrait nettement. Bien plus, on avait l'impression qu'il s'agissait de lésions anciennes, de vieilles suppurations rénales, développées autour de gros calculs, souvent ramifiés, et dont le point de départ paraissait certainement antérieur à la mobilisation. Et, cependant, malgré les lésions étendues, toutes ont eu une évolution latente, insidieuse. Sauf dans deux cas, pas d'hématurie, ni de douleurs rénales dans leur symptomatologie. Deux fois l'inoculation au cobaye était positive; or, à l'examen de la pièce, on n'a pu constater aucune lésion ancienne ou récente de tuber-

culose; dans les deux cas, il s'agissait probablement de simple bacillurie.

Sur ces 24 pyélonéphrites, six cas seulement se rapportaient à des militaires n'ayant pas fait de front; dans les dix-huit autres cas, il s'agissait de militaires ayant fait entre dix et trente-cinq mois de front, menant la vie pénible du fantassin, malgré leur affection rénale; et, comme il a été dit précédemment, ce sont bien souvent des circonstances fortuites qui ont fourni l'occasion de décéler leur affection rénale.

TRAITEMENT

Quels ont été les traitements de la lithiase rénale qui ont été employés au Centre d'urologie de la XV^e région? Ils ont été évidemment adaptés à chaque catégorie de lithiase observée (pyélotomie, uretérotomie, néphrotomie, néphrectomie). Il est inutile, ici, de s'étendre sur chacune de ces interventions chirurgicales: elles ne diffèrent en rien des opérations classiques; la technique en est la même, sauf quelques petits détails, qui dépendent surtout de l'imprévu du cas qui se présente.

Nous n'avons donc rien à ajouter à ce qui a été dit jusqu'ici sur les procédés opératoires employés. Nous ferons seulement remarquer que, dans l'application des différents traitements chirurgicaux aux nombreuses variétés cliniques de lithiase rénale, il a été tenu compte d'un principe directeur strictement suivi au Centre de la XV^e région: utiliser, dans l'armée, les lithiasiques, dans la mesure du possible. Toutes les fois qu'on peut récupérer un lithiasique par une intervention, sinon bénigne du moins curatrice et non mutilatrice, on doit le faire sans hésitation. Il s'agit, en effet, de concilier les intérêts de l'homme et de l'Etat; nous avons une dette à payer vis-à-vis de tout homme qui a servi la Patrie; nous lui devons tous les soins d'usage, qu'il s'agisse d'un cas de lithiase imputable ou non au service. Mais, quand il est question d'intervention

opératoire, nous considérons que notre dette est encore plus grande vis-à-vis des hommes qui ont fait sérieusement campagne, qui ont fait du front et qui, de ce fait, ont une lithiase imputable au service ou aggravée par le service.

La plupart des lithiases observées était certainement des lithiases ayant commencé et même ayant évolué avant la mobilisation : lithiases restées latentes et qui se sont révélées au cours de la guerre ; cette opinion nous a été confirmée par l'examen de la plupart des pièces enlevées, où l'on se rendait bien compte de l'ancienneté des lésions. C'est pourquoi, lorsque ces calculeux sont évacués, il est le plus souvent impossible de dire si les symptômes constatés traduisent une aggravation par évolution naturelle ou par les fatigues du service. Le problème médico-légal, soulevé par ces calculoses à évolution latente, insidieuse, jusqu'à la guerre, doit être résolu dans un sens qui nous paraît indiscutable.

Nous pensons que *l'Etat doit considérer ces calculeux rénaux qui ont fait sérieusement campagne comme des lithiasiques aggravés par le service* et doit leur faire le traitement indiqué par les diverses variétés cliniques. Cette question de la lithiase aggravée par le service prend surtout une importance capitale, lorsqu'il s'agit de cas nécessitant une intervention sérieuse comme la néphrectomie.

En effet, la pyélotomie et la néphrotomie guérissent le malade, permettent de le récupérer et du même coup suppriment bien des difficultés d'ordre médico-légal. Tous les pyélotomisés au Centre d'urologie de la XV^e région ont été renvoyés au front, sauf un, qui a dû être néphrectomisé peu après, en raison de la récurrence des crises dues à un rétrécissement de l'uretère supérieur ; un autre, officier serbe, a fait deux ans de front en Serbie après une pyélo-

tomie ; mais il a été évacué de nouveau pour pyélonéphrite, et la néphrectomie a été indispensable en raison des altérations du rein et de la formation de nouveaux calculs plus gros que le premier. Donc, tandis que ces deux interventions, pyélotomie et néphrotomie, n'entraînent pour ainsi dire aucune conséquence médico-légale, la néphrectomie, au contraire, crée une mutilation, une invalidité permanente, et c'est alors que l'aggravation doit être considérée comme ayant entraîné la néphrectomie.

Ici se pose la question de la néphrectomie chez les calculeux rénaux militaires. Dans quelles conditions doit-on enlever le rein ? *Sauf le cas d'urgence qui s'impose, quelle que soit l'origine imputable ou non au service, nous pensons qu'on ne doit enlever un rein que dans le cas de pyélonéphrite d'un seul rein sans valeur, aggravée par la guerre ; nous disons « aggravée par la guerre », car, à notre avis, nous ne devons la néphrectomie qu'aux malades ayant fait campagne.* Il a été fixé, pour la tuberculose rénale, un minimum de soixante jours de campagne pour permettre d'affirmer l'aggravation par le service. Mais ici, eu égard à la fréquence de l'ancienneté de ces lithiases, il est plus difficile d'évaluer le degré d'imputabilité au service ; l'appréciation en est laissée uniquement au chirurgien. Il suffit que le malade ait été reconnu évacué du front et qu'il présente des lésions de pyélonéphrite sensiblement en rapport avec un séjour au front assez prolongé, pour permettre aux chirurgiens d'affirmer l'aggravation par le service et pratiquer la néphrectomie.

Quant aux militaires qui n'ont pas fait de front et qui sont atteints de pyélonéphrite calculeuse, ne présentant aucun caractère d'urgence, il y a lieu de les réformer n° 2 et de leur conseiller de se faire opérer ensuite, au titre civil. Mais il est prudent de ne pas prendre la responsabilité de les opérer, tant qu'ils sont militaires.

DISCUSSIONS SUR L'EVALUATION DES INCAPACITES

Que devons-nous faire des néphrectomisés pour lithiase rénale aggravée par le service? Il est entendu que la néphrectomie par elle-même crée une mutilation; mais, contrairement à la néphrectomie pour tuberculose rénale, la néphrectomie pour lithiase met bien souvent le malade dans une situation de santé supérieure à celle qu'il avait avant l'incorporation. Aussi, sommes-nous autorisés à ne pas réformer les néphrectomisés pour lithiase, même s'ils le demandent. Il a été admis, au cours des discussions sur la tuberculose rénale, que les néphrectomisés pouvaient, dans certaines conditions, être conservés dans l'armée avec avantage. Cette opinion est encore plus soutenable pour la calculose: un officier, n'ayant qu'un rein, peut parfaitement continuer sa carrière; un homme rengagé est dans les mêmes conditions. C'est ainsi que des individualités de valeur réelle ont pu être maintenues dans le service. Dans les services auxiliaires, dans les emplois techniques, on peut utiliser les hommes n'ayant qu'un rein, surtout si la nature de la lésion ne comporte aucune prédisposition morbide pour l'autre rein. Mais, en règle générale, lorsque le rein a été enlevé pour affection causée ou aggravée par le service, si la résistance du sujet est douteuse, et s'il réclame la réforme, celle-ci s'impose au titre de « *néphrite aggravée par le service ayant entraîné la perte du rein* »

Quelle réforme doit-on accorder à ces néphrectomisés? Doit-on les faire bénéficier d'une gratification ou d'une pension? Il semble tout d'abord que la chose soit simple, mais il n'en est rien. Consultons, en effet, la loi de 1831 et sa classification des blessures et infirmités: nous constatons à regret, que dans l'échelle de gravité des blessures et infirmités, il n'est pas du tout question de la néphrectomie. C'est à peine si, au numéro 38 de la nomenclature correspondant à la cinquième classe, on parle de néphrite purulente, et c'est tout. Ce n'est que, plus tard, pendant la guerre, qu'il s'est agi de la néphrectomie dans le *Guide-Barème des Invalidités*, paru en 1915. Mais, non seulement ce n'est pas une loi militaire, mais encore la question n'y est pas totalement solutionnée. On n'avait donc aucune indication militaire précise pour s'éclairer dans la décision à prendre à l'égard des néphrectomisés lithiasiques dans l'armée. Peu à peu, et après quelques tâtonnements, on a adopté, au cours de la guerre, certaines décisions qui, d'ailleurs, diffèrent d'un Centre de réforme à un autre. Nous donnons ici celle qui a été suivie par le Centre de réforme de la XV^e région, décision qui nous paraît juste et rationnelle: *tout néphrectomisé pour lithiase rénale, créée ou aggravée par le service, bénéficie d'une réforme définitive n° 1, avec gratification permanente*. On considère donc, pratiquement, que le fait de ne plus posséder qu'un rein constitue une incapacité qui met l'individu dans l'impossibilité absolue, non seulement de servir actuellement mais même de rentrer ultérieurement au service. Avec cette réforme n° 1, on s'est demandé si on devait leur accorder la gratification ou la pension de retraite, réversible sur la veuve. Cette question s'est, pour ainsi dire, réglée d'elle-même. La solution dépendait, en effet, du taux d'incapacité permanente accordé à chaque néphrec-

tomisé; or tous les médecins légistes ou médecins experts, qui se sont occupés de la question, sont d'accord pour conclure que l'infirmité entraînée par la suppression du rein mérite un taux d'invalidité de 50 p. 100 (Forgue et Jeanbrau, Imbert). C'est ce qui a été admis dans l'armée, dans le *Guide-Barème des invalidités* de 1915. Or, d'après la loi militaire, on ne peut accorder de pension de retraite que dans un cas d'infirmité incurable atteignant au moins un taux d'invalidité de 60 p. 100; l'infirmité qui nous occupe remplit bien une des conditions nécessaires à la justification de la pension, l'incurabilité, mais n'en présente pas les caractères de gravité suffisants exigés par la loi, puisque son taux d'invalidité n'est évalué qu'à 50 p. 100. Pour toutes ces raisons, c'est la gratification qu'on accorde à tout néphrectomisé, aussi bien pour lithiase que pour tuberculose rénale. On leur donne d'emblée la gratification permanente sans passer par la gratification renouvelable, parce que leur infirmité a été jugée définitivement incurable. A procéder ainsi, il n'y a qu'un seul inconvénient, c'est qu'en cas de décès de l'intéressé, la veuve n'a pas droit à la pension. Nous croyons cependant que, malgré que la gêne fonctionnelle n'atteigne que 50 p. 100 (taux inférieur à celui de la retraite qui est de 60 p. 100), si le décès est reconnu consécutif à l'infirmité, la veuve n'aurait aucune difficulté à obtenir la pension. En effet, c'était par une erreur de pronostic que les experts n'avaient pas conclu à la gravité en même temps qu'à l'incurabilité de l'infirmité.

En somme, cette décision (réforme définitive n° 1 avec gratification permanente), adoptée à l'égard de tout néphrectomisé pour calculose, nous paraît rationnelle. Elle est d'autant plus juste qu'il s'agit de cas dont la valeur fonctionnelle du rein adelphe s'est maintenue bonne; *mais il*

arrive fréquemment que ce rein adelphe dont la valeur avait été vérifiée excellente avant néphrectomie, soit ensuite dans un état d'infériorité, par suite de la surcharge fonctionnelle.

Il en résulte de la néphrite qui se traduit par une albuminurie plus ou moins abondante; c'est une néphrite qui, en général, est passagère; mais, dans certains cas, elle peut persister longtemps. Pour être fixé définitivement sur l'état de ce rein, il y a lieu d'attendre que son hypertrophie compensatrice soit bien établie. Nous avons eu, en effet, certains néphrectomisés, qui, quelques mois après leur opération, ont présenté de la néphrite du rein restant, entre autre un opéré qui, six mois après sa néphrectomie, avait 6 grammes d'albumine par litre et une constante d'Am-bard de 0,08. Il est évident que, dans ce cas, la constante était bonne, et c'est surtout sur cette constante que nous pensons qu'il faut s'appuyer pour apprécier la valeur du rein adelphe. Mais on ne peut pas nier qu'un rein qui présente 6 grammes d'albumine par litre soit atteint de néphrite, et il y a lieu de le considérer comme tel, tout en faisant des réserves pour l'avenir. C'est pourquoi nous croyons qu'un réformé, qui se trouve dans ce cas, présente une infirmité dont le taux d'invalidité doit être évalué à plus de 50 p. 100. Il y a donc des cas où cette gratification permanente, accordée à tous les néphrectomisés pour calculose, doit être portée à un taux plus haut, par suite de l'aggravation de l'infirmité qui se traduit ici par la néphrite persistante du rein adelphe. Ce sera, le plus souvent, la transformation en pension de retraite qui sera accordée; car, entre la gratification permanente au taux de 50 p. 100 et la pension de retraite qui ne s'accorde qu'au taux de 60 p. 100 d'invalidité, il n'y a qu'une différence de 10 p. 100 qui sera vite atteinte, pour peu que le rein adel-

phe soit atteint de néphrite. Il va s'en dire que, pour justifier cette transformation, il faut que, selon la loi, l'aggravation de l'infirmité se soit produite dans un délai de cinq ans après l'intervention chirurgicale. C'est dans le but de tenir compte, dans la suite, de la valeur fonctionnelle du rein adelphe, que certains médecins experts préfèrent accorder aux néphrectomisés pour lithiasse une réforme temporaire avec gratification renouvelable. Ainsi, il leur était possible de les suivre de près pendant les premières années qui suivent l'opération, au lieu de les abandonner, livrés à eux-mêmes, avec une réforme définitive et une gratification permanente.

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit la décision adoptée, nous voulons surtout faire remarquer ici que notre dette envers un néphrectomisé pour calculose rénale n'est pas complètement acquittée, même si nous lui accordons une réforme définitive n° 1 avec gratification permanente de 50 p. 100. Nous avons encore le devoir de vérifier dans l'avenir la valeur fonctionnelle de son rein restant, afin d'augmenter, s'il y a lieu, le taux de la gratification déjà accordée ou la transformer en pension de retraite.

Chez tous ces lithiasiques, qu'on a ainsi réformé n° 1, soit avec une gratification, soit, dans quelques cas, avec une pension, nous avons dit qu'il s'agissait, le plus souvent, de calculose antérieure à l'incorporation. En présence d'une telle situation, il était permis de se demander, s'il n'eût pas mieux valu, dans l'intérêt de l'individu et dans celui de l'Etat, ne pas incorporer tous ces lithiasiques. Et d'abord, la chose était-elle possible? Il était évidemment difficile aux médecins, chargés des conseils de révision, de dépister toutes ces lithiases, surtout s'il s'agissait d'individus qui ne s'en plaignaient pas. *Mais ce qu'il était possible de faire, c'était d'examiner plus sérieusement, au*

point de vue urinaire, chaque homme à la visite d'incorporation. Au cours de cette visite, il serait facile de pratiquer à chacun de ces hommes une analyse d'urines, après les avoir fait uriner dans deux verres et après avoir vu leurs urines à l'émission; tout homme qui présenterait de l'albuminurie, avec ou sans urines troubles, serait systématiquement radiographié et hospitalisé en vue de la précision d'un diagnostic. On éliminerait ainsi, non seulement une grande partie des lithiasiques urinaires, mais aussi de nombreux soldats atteints d'autres affections urinaires, et, principalement, de tuberculose rénale, en les réformant ou en les versant dans le service auxiliaire. On éviterait ainsi, dans l'avenir, de garder en service des malades atteints d'affections latentes, insidieuses, capables de se révéler peu à peu sous l'influence des fatigues banales du service ou par évolution naturelle, et d'engager ainsi la responsabilité de l'Etat.

Mais puisque cette élimination des lithiasiques ne s'est pas faite avant cette guerre, il nous reste à nous demander, en présence de la situation actuelle, si les frais occasionnés par l'Etat ont été compensés par les services rendus à la Patrie par tous ces lithiasiques utilisés pendant cette guerre. En nous plaçant strictement au point de vue de l'intérêt de l'Etat, nous croyons pouvoir répondre affirmativement; car, en général, nos lithiasiques se sont bien comportés pendant cette guerre et nombreux sont ceux qui, malgré leur affection rénale, ont fait deux à trois ans de front.

OBSERVATIONS

(Centre d'Urologie de la XV^e Région)

(Escat, Médecin major de 1^{re} classe, chef du Centre)

Parmi les nombreuses observations que nous avons pu recueillir au Centre d'urologie de la XV^e région, nous en avons réuni et résumé quelques-unes qui nous ont paru les plus intéressantes, pour servir à l'appui de notre thèse.

OBSERVATION PREMIÈRE

(Observation n° 109 du Centre d'Urologie de la XV^e région)

Coliques néphrétiques

O. G..., lieutenant, 55^e d'infanterie.

Parti aux armées en août 1914, a été évacué quinze jours après pour coliques néphrétiques. Après quelques mois passés au dépôt, est dirigé, le 14 juin 1915, sur le C. U. de la XV région, pour « crises néphrétiques et hématuries ». Bien que la radiographie n'ait pas montré de calcul rénal, on peut conclure à l'existence d'une concretion urique, n'arrêtant pas les rayons X. Le malade a présenté nettement, pendant son séjour à l'hôpital, une crise néphrétique avec hématurie, à la suite d'une marche. En conséquence, officier inapte à faire campagne; ne peut faire qu'un service sédentaire.

OBSERVATION II

(Observation 1005 du Centre d'Urologie de la XV^e Région)

Coliques néphrétiques

A. M..., 2^e classe, 20^e escadron du train; 36 ans.

Après vingt-trois mois de front, est évacué pour coliques néphrétiques. Entre au C. U. de la XV^e région, le 18 octobre 1916. On constate des urines purulentes avec gros précipité albumineux. Le pus persiste pendant quelque temps dans les urines. Le malade a présenté deux crises néphrétiques, nettement constatées dans le service et siégeant du côté gauche, avec 40° de température et précipité albumineux. La radiographie n'a pas montré de calcul et la cystoscopie n'a pas découvert de lésion vésicale. Conclusion: pyélite calculeuse avec coliques néphrétiques. Proposé pour service auxiliaire.

OBSERVATION III

(Observation n° 831 du Centre d'Urologie de la XV^e Région)

Calcul du bassinet

B. E..., 2^e classe, 173^e d'infanterie; 37 ans.

Après dix mois de front, est évacué pour coliques néphrétiques sur un hôpital de Nice. Entre, le 29 juillet 1916, au C. U. de la XV^e région, pour « urines troubles ». Se plaint de douleurs au niveau du rein droit; a eu la gravelle dans son enfance. A l'examen: urines troubles, mais quantité indosable d'albumine. Radiographie: calcul du bassinet droit.

21 août 1916. — Pyélotomie. On retire un calcul gros comme une noisette. Guérison. Sortant, le 11 octobre 1916, avec un mois de convalescence.

OBSERVATION IV

(Observation n° 1492 du Centre d'Urologie de la XV^e Région)

Calcul du bassinnet

W. C..., 2^e classe, 54^e infanterie coloniale; 26 ans, charretier, Roubaix.

Après vingt mois de front, est évacué pour crises néphrétiques avec hématuries et mauvais état général. Entre au C. U., le 18 mai 1917. Se plaint surtout du côté droit. A l'examen: urines louches avec 0 gr. 18 d'albumine par litre. Cathétérisme des uretères: à droite, urine albumineuse et louche, bassinnet légèrement dilaté, reçoit facilement une injection de 20 grammes d'eau; à gauche, urines normales. Azotémie: 0,46. Constante: 0,11. Radiographie: calcul du bassinnet droit.

21 juin 1917. — Pyélotomie: extraction d'un calcul friable. On ne suture pas le bassinnet. Guérison. Sortant, le 10 août 1917, avec un mois de convalescence.

OBSERVATION V

(Observation n° 1588 du Centre d'Urologie de la XV^e Région)

Calcul de l'uretère

S. M..., brigadier, 15^e escadron du train; 36 ans, voyageur de commerce, Alger.

Après dix mois de front, est évacué, en juin 1915, et, après être passé dans de nombreux hôpitaux, entre, au C.

U. de la XV^e région, pour coliques néphrétiques (29 juin 1917). Sa dernière crise de colique néphrétique remonte à vingt jours avant son entrée; elle est survenue après une promenade à cheval de deux heures; n'a jamais uriné de sang ni de calcul. Urines claires, léger précipité albumineux. Radiographie des deux reins: négative. Radiographie des uretères: calcul de l'uretère gauche (portion pelvienne).

2 août 1917. — Urétérotomie pelvienne. On découvre facilement l'uretère en réclinant en dedans le péritoine. Dans sa portion pelvienne et près de la vessie, on a bien la sensation d'un calcul dans le conduit. On le retire à travers une petite incision longitudinale de l'uretère. Suture de l'uretère par trois points de catgut. Reconstitution de la paroi, après drainage. Guérison. Sortant, le 15 octobre 1917. Proposé pour le service auxiliaire.

OBSERVATION VI

(Observation n° 1425 du Centre d'Urologie de la XV^e Région)

Anurie calculeuse

C. H..., sous-lieutenant, 3^e d'infanterie; 25 ans.

Après trente mois de front, le 21 janvier 1917, est hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, à Marseille, pour congestion pulmonaire. Pendant son séjour dans cet hôpital, il est pris de coliques néphrétiques à droite (il aurait eu déjà des crises analogues un an auparavant en Belgique). Ces crises se passent; puis, brusquement, le 14 avril, anurie. Evacué d'urgence, le 16 avril, sur le C. U., où on constate de l'anurie qui persiste pendant près de sept jours, donnant lieu à des signes d'urémie, avec vomissements rebelles; la quantité moyenne d'urine est de 50 à 60 grammes par jour.

Radiographie: pas de calcul. Azotémie: 0,67. Cathétérisme des uretères: à droite, on est arrêté, à 5 centimètres; à gauche, la sonde passe facilement. Analyse des urines recueillies: rein droit, 15 centimètres cubes en une heure et demie; urée, 28,40 par litre, soit 6 gr. 25 par vingt-quatre heures; Na Cl, 12 gr. 60 par litre, soit 2 gr. 80 par vingt-quatre heures. Rein gauche: 98 centimètres cubes en une heure et demie; ni pus, ni albumine; urée, 2 gr. 60 par litre, soit 3 gr. 90 par vingt-quatre heures; Na Cl, 0 gr. 54 par litre, soit 0 gr. 84 par vingt-quatre heures.

21 avril. — On se décide à faire une néphrectomie droite, en s'appuyant:

1° Sur les coliques néphrétiques survenues précédemment à droite;

2° Sur la défense musculaire à droite;

3° Sur les renseignements fournis par le cathétérisme urétéral (arrêt de la sonde à 5 centimètres de l'orifice urétéral droit).

21 avril 1917. — Néphrotomie lombaire: on ouvre le rein distendu sur son bord convexe, on introduit un hystéromètre à 4 ou 5 centimètres dans l'uretère supérieur; on ne sent pas de calcul. Suture de l'organe qui est replacé dans sa loge, après avoir été drainé. Le rein commence à fonctionner par le drain, dès le soir de l'opération. Guérison rapide des accidents urémiques. Le 24 avril: débâcle urinaire, on recueille 3 litres d'urine par la vessie en vingt-quatre heures.

1^{er} mai 1917. — Cystoscopie et cathétérisme de l'uretère droit dans lequel la sonde s'engage très facilement jusqu'au bassinnet. L'exploration de la vessie n'a pas montré de gravier éliminé. Pendant la période post-opératoire, le malade n'a pas eu de sensation de passage de calculs. Fer-

meture rapide du rein et guérison. Sortant, le 15 juin, avec un mois de convalescence.

En somme, malgré que l'anurie calculeuse n'ait pu être démontrée ni par la radiographie, ni par l'intervention chirurgicale, ni par l'élimination d'un calcul, nous persistons à croire qu'il s'agit d'une anurie calculeuse; ce malade, en effet, avait eu des antécédents de coliques néphrétiques et a présenté tout le tableau symptomatique de l'anurie calculeuse. Bien souvent, il suffit d'un petit bouchon de sable dans l'uretère pour déterminer de pareils accidents. D'autre part, il est difficile d'affirmer ici le rôle du service dans ces accidents survenus inopinément. Nous croyons, cependant, étant donnés ses antécédents lithiasiques pendant la guerre, qu'il s'agit d'une calculose influencée ou aggravée par le service.

OBSERVATION VII

(Observation n° 964 du Centre d'Urologie de la XVe Région)

Anurie calculeuse survenue chez un grand blessé de guerre

P. L..., 2^e classe, 3^e zouaves, 26 ans.

Après huit mois de front est évacué, en avril 1915, pour blessures multiples avec fracture ouverte de la jambe gauche. Après dix-sept mois d'hôpital, à Compiègne, est dirigé sur l'hôpital militaire de Marseille, le 27 septembre 1916, où se déclare, le lendemain, une crise d'anurie calculeuse. Evacué d'urgence sur le C. U., où l'on constate des signes d'intoxication urémique avec vomissements rebelles. Radiographie (1^{er} octobre), rein gauche: taches au niveau du bassin et au niveau de l'uretère pelvien; rein droit: petites taches dans le rein ne paraissant pas être un calcul aggloméré. Cathétérisme des uretères (30 septem-

bre) : à droite, la sonde passe facilement et paraît arriver au bassinnet ; à gauche : on est arrêté, à 10 centimètres ; on fait une injection d'eau bouillie qui ressort le long de la sonde. Le malade éprouvant de vives douleurs, on enlève les deux sondes.

1^{er} octobre. — Néphrotomie lombaire gauche ; on incise le calice inférieur dans lequel l'index droit introduit ne trouve rien. Mais, à travers l'uretère, on sent un corps étranger. On le fait remonter dans le bassinnet et on le saisit avec une pince. Il s'agit d'un calcul friable du volume d'un noyau de cerise. Incision du calice supérieur ; exploration, on ne trouve rien. Drainage du rein, qui est replacé dans sa loge. Immédiatement après la néphrotomie, on fait un lavage de vessie. On retire une urine sanglante, ce qui prouve que l'uretère est débouché, au moins partiellement ; d'ailleurs, d'après la nature de la concrétion retirée, on peut espérer que le débouchage complet du rein se fera.

3 octobre. — On recueille 2 litres d'urine par vingt-quatre heures, avec une concentration normale d'urée et de Na Cl et grande quantité de sang avec albumine en rapport.

30 octobre. — Crise de coliques néphrétiques, à droite. Elimination d'un calcul de la grosseur d'un pois, avec urine sanguinolente.

30 novembre. — Le malade sort avec des urines claires, sans albumine et une concentration d'urée et de Na Cl normale. Il est évacué sur un service de chirurgie générale en raison de ses blessures multiples.

Nous pensons qu'il s'agit ici d'un cas de lithiase urinaire nettement influencée par le séjour prolongé au lit. Peut-être aussi y a-t-il eu une influence concomitante des lésions osseuses prolongées, dont parle Louis Bazy, sur la production de ces concrétions urinaires.

OBSERVATION VIII

(Observation n° 2358 du Centre d'Urologie de la XVe Région)

Pyélonéphrite gauche, rein en fer à cheval

J. T..., 2^e classe, 4^e colonial; cultivateur, la Martinique.

A fait un mois de front. Envoyé au C. U., en avril 1918, pour calculs du rein gauche. Le cathétérisme des uretères montre un rein droit normal et une pyélonéphrite du rein gauche. Radiographie: calcul du rein gauche. Se plaint de douleurs rénales des deux côtés.

15 juin 1918. — Néphrotomie pour calcul. On tombe sur un rein en fer à cheval. On pratique la néphrotomie sur une longueur de 7 à 8 centimètres: extraction d'un calcul pyramidal du volume d'un petit œuf. Drainage du bassin. Fermeture de la peau après drainage de la loge rénale. Guérison. Sorti, le 25 septembre 1918, proposé pour le service auxiliaire, en raison de la malformation rénale et de l'affaiblissement de la paroi lombo-abdominale consécutive à l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION IX

(Observation n° 1812 du Centre d'Urologie de la XVe Région)

Pyélonéphrite calculeuse droite

J. T..., sergent, 8^e colonial, 38 ans, publiciste.

Après vingt-quatre mois de front d'Orient, est évacué pour « paludisme et albuminurie »; entre, au C. U. le 28 décembre 1917, pour « pyurie ». N'a jamais présenté de douleurs rénales, ni hématuries. A l'examen: urines purulentes. Radiographie: gros calcul du rein droit. La sépa-

ration des urines donne un rein gauche normal et des urines purulentes pour le rein droit avec 0 gr. 62 d'albumine et une valeur fonctionnelle très diminuée.

26 janvier 1918. — Néphrectomie droite. Guérison. Sorti, le 20 juillet 1918. Proposé pour la réforme n° 1.

OBSERVATION X

(Observation n° 1506 du Centre d'Urologie de la XVe Région)

Pyélonéphrite calculeuse gauche

D. A..., 2^e classe, 141^e d'infanterie, 32 ans, employé de commerce.

Après vingt-deux mois de front, évacué pour blessures. Est dirigé, le 24 mai 1917, sur le C. U., avec le diagnostic de pyélonéphrite. N'a jamais souffert des reins, ni eu d'hématuries. Examen des urines: urines troubles, hématurie microscopique, albumine; 0,37 par vingt-quatre heures. Le cathétérisme des uretères montre un rein droit normal tandis que le rein gauche donne du pus en abondance et de l'albumine (0,34 par litre). Radiographie: calcul du rein gauche. Azotémie: 0,44. Constante: 0,11.

3 juillet. — Néphrotomie pour calcul ramifié du rein gauche. On retire un calcul pesant 50 grammes. Sort de l'hôpital avec des traces indosables d'albumine. Convalescence.

OBSERVATION XI

(Observation n° 896 du Centre d'Urologie de la XVe Région)

Pyélonéphrite calculeuse gauche

B. M..., 2^e classe, 163^e d'infanterie, 36 ans.

Après dix-huit mois de front, est évacué pour «cystite et pyurie.» Entre au C.U. le 31 août 1916. Examen: urines

troubles avec précipité albumineux. N'a jamais eu ni d'hématurie, ni de douleurs rénales. La séparation des urines montre une pyélonéphrite gauche. Radiographie: deux calculs du bassinet du rein gauche.

6 janvier 1917. — Néphrectomie gauche. On part pour une néphrotomie, mais l'état du rein a nécessité la néphrectomie.

Il s'agit, en effet, d'une vieille hydronéphrose calculeuse dans laquelle il n'existe pour ainsi dire plus de substance corticale. Le pôle inférieur est bourré de deux gros calculs d'oxalate (4 et 5 grammes); le bassinet a des dimensions d'un œuf de dinde. En somme, il s'agit d'un rein calculeux, dont les lésions paraissent antérieures à la campagne; malgré ces lésions avancées, ce malade a pu faire dix-huit mois de front dans un régiment d'infanterie, sans jamais avoir souffert de ses reins ni présenté d'hématuries.

Sorti le 19 avril 1917. Proposé pour la réforme n° 1.

OBSERVATION XII

(Observation n° 2143 du Centre d'Urologie de la XV^e Région)

Pyélonéphrite calculeuse gauche

W. V..., 2^e classe, 83^e territorial, 42 ans, maçon.

Après huit mois de front est évacué, le 15 février 1918, sur le C. U. pour « urines troubles ». On constate un léger précipité albumineux. Radiographie: calcul du rein gauche. Azotémie: 0,29. Constante: 0,08. La séparation des urines montre un rein droit normal et un rein gauche purulent et albuminurie, que, dont la valeur fonctionnelle est diminuée.

10 mai 1918. — Néphrectomie gauche. Opération effectuée normalement. Il s'agit d'un gros rein dont le bassi-

net est très dilaté et renferme un calcul du volume d'une roisette. L'incision de chaque calice découvre une grande quantité de petits calculs, au nombre de 50, de la grosseur d'un grain de blé à un gros pois. Il semble que la pyélotomie n'aurait pas pu les évacuer. Quant à la néphrotomie, elle aurait nécessité plusieurs incisions perpendiculaires. Donc, lésions anciennes, antérieures à la mobilisation, n'ayant jamais déterminé d'hématuries ni de douleurs rénales, lésions qui peuvent être considérées comme aggravées par le service.

Sorti le 15 septembre 1918. Proposé pour la réforme n° 1.

OBSERVATION XIII

(Observation n° 555 du Centre d'Urologie de la XVe Région)

Pyélonéphrite calculeuse double. avec crises de rétention rénale et amurie

A. J..., 2^e classe, 4^e zouaves, 20 ans.

Après un mois de front est évacué, en juin 1915, pour blessures de la région cervico-vertébrale par balle de schrapnell. Lésions du plexus brachial. Était en traitement à l'hôpital militaire de Marseille, lorsqu'il a été évacué sur le C. U., pour « cystite purulente » (25 mars 1916). On constate une double pyonéphrose calculeuse. En juin 1916, crise de rétention rénale brusque, à gauche. Cette crise ne cède pas à un cathétérisme de l'uretère. Oligurie menaçante, vomissement, fièvre. La radiographie montre un calcul du bassinet gauche.

27 juin 1916. — Néphrolithotomie gauche d'urgence. On tombe sur un rein bosselé et scléreux. Néphrotomie des deux calices; le calcul est dans le calice inférieur avec une pointe dans l'uretère. On l'extraît en deux fragments. On vérifie la perméabilité de l'uretère avec un hystéromètre.

Suture du rein, après drainage par le calice supérieur. Au bout de quelque temps, la fermeture du rein se produit; mais une nouvelle crise avec anurie se déclare et, le 30 janvier 1917, on est obligé de rétablir la fistule lombaire.

27 juin 1917. — Azotémie: 1 gr. 05 d'urée par litre de sérum. La constante n'a pu être faite, le malade perdant une grande quantité d'urine par la fistule.

Novembre 1917. — Crise suraiguë dans le rein droit. On fait une néphrotomie d'urgence pour énorme pyonéphrose presque fermée. Incision de la poche, évacuation d'un demi-litre de pus crémeux. Fixation de la poche à la peau.

Depuis cette intervention, il a fallu maintenir le drainage rénal des deux côtés. Le moindre arrêt dans le fonctionnement des drains déterminait de l'anurie. Le 13 juin 1918, l'azotémie était de 0 gr. 87. Etat précaire, cachexie progressive. Mort le 22 août 1918.

OBSERVATION XIV

(Observation n° 1708 du Centre d'Urologie de la XVe Région)

Pyonéphrose calculeuse gauche

J. J..., 2^e classe, 371^e d'infanterie, 32 ans, cultivateur.

Après vingt-sept mois de front est évacué pour paludisme et anémie. Pendant son séjour dans un hôpital de Cannes, a eu deux coliques néphrétiques du côté droit avec vomissements et émission de graviers deux jours après. Mais du côté gauche, il n'a jamais eu de véritable crise. Entre, le 27 août 1917, au C. U. On constate des urines purulentes et albumineuses. Azotémie: 0,30. Constante: 0,10. Inoculation au cobaye: positive. Radiographie: calcul du rein gauche.

26 septembre. — Cathétérisme des uretères: à gauche, urines purulentes, albuminurie, 0 gr. 41 par litre. Valeur

fonctionnelle du rein gauche très diminuée. A droite, rein normal.

24 novembre 1917. — Néphrectomie lombaire gauche. Opération effectuée normalement. Il s'agit d'un rein hydronéphrotique, doublé de volume, renfermant un gros calcul dans le bassinet et plusieurs autres calculs d'oxalates disséminés dans les calices. Malgré l'inoculation au cobaye qui avait été positive, en aucun point on ne constate de lésion bacillaire ancienne ou récente. Il s'agissait probablement ici d'une simple bacillurie. A sa sortie du C. U. (27 mai 1918), il persiste de l'albumine dans les urines du rein droit (0 gr. 40), et du pus qui vient de l'uretère du rein enlevé. Donc le rein adelphe présente un certain degré de néphrite, dont il faut tenir compte dans l'appréciation ultérieure de la gratification à accorder. A été proposé pour la réforme n° 1.

OBSERVATION XV

(Observation n° 1316 du Centre d'Urologie de la XV^e Région)

Pyonéphrose calculeuse droite

F. P..., 2^e classe, 15^e d'infanterie; 38 ans, courtier.

Exempté pour affection cardiaque, a été récupéré dans le service auxiliaire en décembre 1914 et, dans le service armé, en février 1915. A fait huit mois de front d'Orient, d'où il est évacué pour affection cardiaque. Est dirigé sur le C. U. de la XV^e région, le 7 mars 1917, pour « albuminurie ». A l'examen: urines troubles, pus abondant, pas de sang; albumine: 0 gr. 23.

13 avril. — Cathétérisme des uretères: rein gauche normal; rein droit: urines très troubles avec distension du bassinet; albumine, 0 gr. 40. Valeur fonctionnelle très diminuée.

5 juin. — Néphrectomie lombaire droite: opération effectuée normalement. Il s'agit d'un rein augmenté d'un tiers de son volume, dont l'ouverture montre une volumineuse pyonéphrose avec pus noirâtre. Le rein est complètement dilaté; le calice et le bassinnet sont bourrés de concrétions friables. La couche corticale est réduite à 3 ou 4 millimètres.

Guérison. Sorti le 25 septembre 1918. Proposé pour la réforme n° 1.

D'après les lésions constatées à l'examen de la pièce, il s'agit d'une affection très ancienne, tolérée pendant très longtemps et qui a été révélée, par les fatigues de la guerre. Faisons remarquer qu'il s'agit d'un homme qui avait été réformé quelques années auparavant pour affection cardiaque, récupéré en décembre 1914, et versé dans le service armé en février 1915. Il nous semble qu'on aurait pu éviter de commettre l'erreur de verser cet homme dans le service armé, et, par suite, de l'envoyer sur le front, si, comme nous en avons parlé précédemment, on avait examiné ses urines à la visite d'incorporation; certainement, à cette époque, il avait déjà les urines troubles, ce qui aurait pu faire songer à une affection rénale, dont le diagnostic aurait été confirmé par une radiographie. On aurait ainsi évité à l'homme, l'aggravation de son affection rénale, à l'Etat, la pension ou gratification qu'il est obligé de lui verser.

OBSERVATION XVI

(Observation n° 1398 du Centre d'Urologie de la XVe Région)

Pyonéphrose calculeuse droite

B. R..., maréchal des logis, 91^e d'artillerie, 35 ans, industriel.

Après vingt-quatre mois de front, en mars 1917, au cours d'une permission, il est hospitalisé pour « pyurie et cystite ». Entre, le 8 avril 1917, au C. U. Il n'a jamais souffert des reins, ni eu d'hématuries. Urines purulentes avec 0 gr. 78 d'albumine par litre. Radiographie: calcul du rein droit. Le cathétérisme des uretères (8 juin) montre un rein gauche normal et un rein droit avec urines très purulentes; albumine: 0 gr. 80, et valeur fonctionnelle très diminuée.

28 juillet 1917. — Néphrectomie lombaire droite. Opération effectuée normalement. Il s'agit d'un rein très dilaté et complètement détruit par la distension ancienne; il contient un gros calcul, du volume d'une noix. En ouvrant le rein, on évacue un pus épais et fétide. Guérison. Sorti le 18 décembre 1917. Proposé pour la réforme n° 1.

RESUME. — CONCLUSIONS

I. En dehors des lithiases secondaires aux blessures de l'appareil urinaire, et dont l'étude regarde les blessures de guerre, très peu de lithiases primitives peuvent être attribuées à l'état de guerre.

II. Les causes de la lithiase urinaire étaient déjà très obscures en temps de paix et la guerre ne les a pas sensiblement éclairées, malgré qu'on ait tenté d'attribuer à certains facteurs une influence qui, à notre avis, ne correspond pas à la réalité. Il est très possible que toutes ces causes soient le point de départ de lithiases tardives. Mais, pour l'instant, la plupart des lithiases observées pendant cette guerre était des lithiases dont le début remontait avant la mobilisation, et la guerre a agi en les révélant, quelquefois en les aggravant par les fatigues ou les conditions générales du service en campagne.

III. Les symptômes qui nous ont permis de décélérer ces lithiases sont de deux ordres :

1° *Ceux qui ont décidé l'évacuation du front.* — Ils n'ont, en général, rien de caractéristique au point de vue lithiasique ; d'où l'explication de l'évolution latente de la plupart de ces lithiases ;

2° *Ceux qui ont décidé le traitement.* — Leur véritable interprétation ne s'est faite que dans les Centres d'urologie.

IV. Toutes les formes cliniques de la lithiasé rénale, décrites jusqu'ici, ont été observées au C. U. de la XV^e région. Nous les avons divisées en lithiasés aseptiques, qui ont entraîné des incapacités presque nulles, et lithiasés septiques qui presque toutes ont entraîné des incapacités permanentes. En règle générale, ce sont les lithiasés à petits calculs, qui ont été le moins bien tolérées; tandis que les lithiasés à gros calculs (vieilles pyélonéphrites), ont été mieux supportées et ont permis à leurs porteurs de faire, dans certains cas, deux et trois ans de front.

V. Etant donnée son évolution souvent latente jusqu'à la guerre, la lithiasé rénale ne peut être considérée comme causée par le service. *Nous pensons que l'Etat doit considérer les calculeux rénaux qui ont fait campagne, comme des lithiasiques aggravés par le service, aggravation qui peut aller jusqu'à l'ablation du rein.* C'est pourquoi, sauf les cas d'urgence, nous réservons à cette catégorie de malades, la néphrectomie, qui est mutilatrice et entraîne une invalidité permanente. Au contraire, nous conseillons de pratiquer, sans tenir compte de l'imputabilité au service ou de l'aggravation par le service, la pyélotomie, l'urétérotomie, la néphrotomie, qui sont des interventions qui guérissent le malade et permettent de le récupérer.

VI. Le néphrectomisé pour lithiasé rénale aggravée par le service peut, dans certains cas, être conservé avec avantage dans l'Armée (cas d'un officier ou d'un sous-officier de carrière); *mais, en règle générale, la réforme définitive*

n° 1 s'impose, au titre de « néphrite aggravée par le service, ayant entraîné la perte du rein ». Avec cette réforme définitive n° 1, on donne à tout néphrectomisé pour lithiase, une gratification permanente de 50 p. 100, qui représente le taux d'invalidité, accordé par la plupart des médecins experts pour l'infirmité consécutive à la néphrectomie. La gravité de cette infirmité est subordonnée à l'état du *rein adelphe*, dont les experts doivent tenir compte par la suite.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 27 mai 1919
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 27 mai 1919
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
